เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ประจำปีงบประมาณ 2568

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

The Development of a Health Service Access Model for Stroke Patients in the Community

ดวงพร หมัดสุเด็น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบ้านไร่

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

www.skho.moph.go.th/oa

รายงานการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

The Development of a Health Service Access Model for Stroke Patients in the Community

ดวงพร หมัดสุเด็น
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบ้านไร่
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development R&D) ที่มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ ตำบลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างชัดเจน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยใช้รูปแบบการเข้าถึง 5A กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ญาติผู้ดูแล 3) บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมจำนวนทั้งสิ้น 40 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกตการณ์ เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตรวจสอบด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการผ่านการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการใช้แบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired Sample t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ 5A พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มจากระดับปานกลาง (3.09±0.49) เป็นระดับสูง (4.39±0.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมิติที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ Accessibility (+1.43) รองลงมาคือ Availability (+1.29), Acceptability (+1.26) และ Affordability (+1.24) ผลการวิเคราะห์รายกลุ่มพบว่าบุคลากร รพ.สต. มีคะแนนสูงสุด (4.50) ขณะที่ญาติ/ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการเพิ่มขึ้นชัดเจน (+1.35 และ +1.32) ส่วน อสม. แม้มีคะแนนสูง (4.28) แต่การเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด (+1.23) สรุปได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ รูปแบบการเข้าถึงบริการที่พัฒนาขึ้นควรได้รับการประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคมและสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในทุกภาคส่วนอย่างยั่งยืน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพในระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ยังควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระดับพื้นที่ให้สามารถใช้รูปแบบดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้รูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปสู่การขยายผลในระดับนโยบายได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

คำสำคัญ: รูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง, ชุมชน, การพัฒนา

Research Title Development of a Healthcare Service Access Model for Stroke Patients in the Community: A Case Study of Ban Rai Subdistrict Health Promoting Hospital, Padang Besar Subdistrict, Sadao District, Songkhla Province

Researcher Mrs. Duangporn Mudsuden

Year 2025

Abstract

This Research and Development (R&D) study aimed to develop a health service accessibility model for stroke patients in the community of Ban Rai Subdistrict Health Promoting Hospital, Songkhla Province. The sample consisted of 40 participants, including stroke patients, caregivers, healthcare personnel, and village health volunteers, selected through purposive sampling. Data were collected using questionnaires, interviews, and observations, with reliability confirmed (Cronbach's alpha = 0.89). Quantitative data were analyzed with descriptive statistics and the Paired Sample t-test, while qualitative data were examined using content analysis.

The results showed that the overall accessibility score significantly increased from a moderate level (3.09±0.49) to a high level (4.39±0.40) ($p<.001$). The greatest improvement was in Accessibility (+1.43), followed by Availability (+1.29), Acceptability (+1.26), and Affordability (+1.24). By subgroup, healthcare personnel had the highest post-test score (4.50), while caregivers and patients showed the most improvement. These findings confirm that the developed model effectively enhanced healthcare accessibility for stroke patients.

Conclusion: The model should be adapted in similar community contexts, with emphasis on community participation, workforce capacity building, and sustained resource support to strengthen primary healthcare and ensure long-term impact.

Keywords: Healthcare Access, Stroke, Community, Model Development

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการถาวรในประชากรผู้ใหญ่ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากกว่า 6.5 ล้านคน และผู้ป่วยอีกกว่า 50 ล้านคนต้องเผชิญกับความพิการในรูปแบบต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาระของครอบครัว ตลอดจนเป็นภาระทางเศรษฐกิจแก่ระบบสาธารณสุขในระยะยาว[1,2]

สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ มีรายงานว่ามีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 250,000 รายต่อปี และเสียชีวิตกว่า 30,000 รายต่อปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รอดชีวิตยังคงต้องเผชิญภาวะทุพพลภาพ ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวมีภาระในการดูแล และก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ[3,4] ในระดับ เขตสุขภาพที่ 12 (ซึ่งครอบคลุมจังหวัดสงขลา) ข้อมูลเฝ้าระวังระดับประเทศรายงานว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วย acute stroke อายุ ≥15 ปี เท่ากับ 298.54 ต่อประชากรแสนคน (พ.ศ. 2565) แยกเป็น ischemic stroke 220.40/แสน และ hemorrhagic stroke 63.80/แสน ขณะที่ อัตราได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ของผู้ป่วย ischemic stroke ในเขตนี้อยู่ที่ 8.94% ซึ่งยังมีช่องว่างให้พัฒนาเมื่อเทียบกับเป้าหมายระบบบริการ สำหรับ จังหวัดสงขลา ตัวชี้วัดเชิงบริการของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปในจังหวัดชี้ว่า การพัฒนาระบบ Stroke Fast Track ช่วยลดระยะเวลา door-to-needle (เช่น รพ.สงขลาเฉลี่ย ~56–58 นาที ในช่วงปี 2563–2564) แต่ อัตราตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล ยังอยู่ราว 7–9% (พ.ศ. 2563–2565) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายบางช่วง สะท้อนความจำเป็นของการยกระดับการคัดกรอง – ส่งต่อที่ต้นทางในชุมชนให้รวดเร็วและต่อเนื่องยิ่งขึ้น ในระดับพื้นที่ อำเภอสะเดา – ตำบลปาดังเบซาร์ ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางและทรัพยากร ระบบบริการกำลังขับเคลื่อนมาตรการสำคัญ เช่น การตั้ง Stroke Unit/Stroke Corner และการเชื่อมระบบส่งต่อในเครือข่าย เพื่อเพิ่มโอกาสเข้าถึงการรักษาแบบทันเวลา (time-sensitive care) ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ - ติยภูมิ ตำบลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลายทั้งด้านวัฒนธรรม ศาสนา และสภาพเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังอยู่ในระดับสูง และยังคงประสบปัญหาหลายประการในการเข้าถึงบริการ เช่น การเดินทางที่ไม่สะดวก ความไม่ต่อเนื่องของระบบส่งต่อ การขาดความรู้และทักษะของผู้ดูแลในครอบครัว และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการดูแลตนเอง[6]

แม้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดตั้งระบบ Stroke Fast Track ที่มุ่งเน้นการส่งต่อและให้การรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก การเสริมสร้างบริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ รวมถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แต่ยังพบข้อจำกัดสำคัญในด้าน “การเข้าถึงบริการ” โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท พื้นที่ชายแดน หรือพื้นที่ที่ขาดแคลนทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น[5] นอกจากนี้ บุคลากรทางสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิยังเผชิญข้อจำกัดด้านความสามารถในการคัดกรอง การให้คำปรึกษา การประเมินอาการเบื้องต้น และการประสานส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากร เช่น บุคลากร เครื่องมือ และเวชภัณฑ์เฉพาะทาง ทำให้ผู้ป่วยบางรายเสี่ยงต่อการได้รับการดูแลที่ล่าช้า หรือไม่ได้รับบริการที่เหมาะสมในช่วงเวลาสำคัญของโรค[7]

จากปัญหาดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิที่เป็นด่านหน้าของระบบบริการสุขภาพ การออกแบบบริการที่สอดคล้องกับองค์ประกอบ 5A ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร (Availability) ความสะดวกในการเข้าถึง (Accessibility) การจัดบริการที่เหมาะสม (Accommodation) ค่าใช้จ่ายที่เข้าถึงได้ (Affordability) และความเหมาะสมด้านวัฒนธรรม (Acceptability) จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม ทันเวลา และต่อเนื่อง[8]

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการที่ตอบสนองต่อบริบทเฉพาะในชุมชนชายแดน จึงไม่เพียงตอบโจทย์เชิงวิชาการและนโยบายสาธารณสุข แต่ยังมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิต ลดภาวะพิการในระยะยาว และลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในกลุ่มเปราะบางได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน
3. เพื่อประเมินผลการใช้งานรูปแบบการเข้าถึงบริการที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

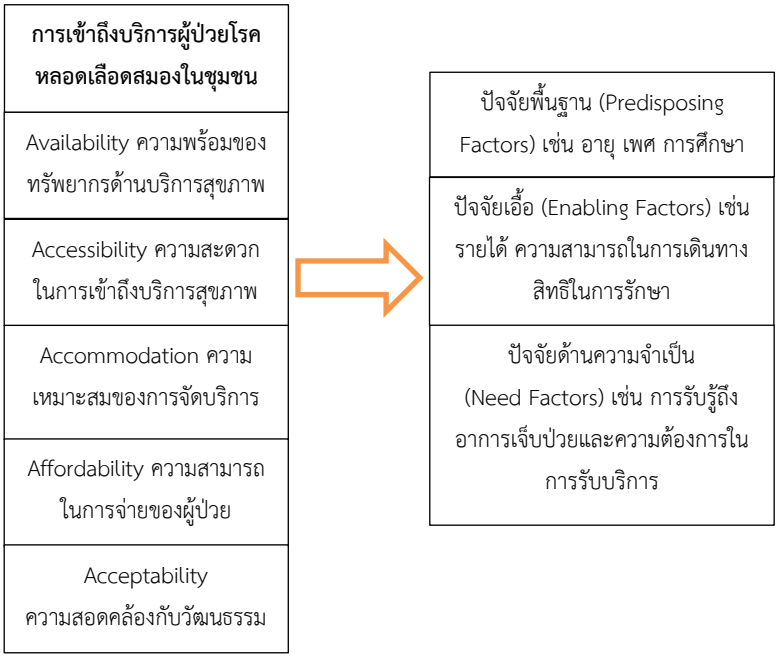
การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Penchansky & Thomas (1981) และ Andersen’s Behavioral Model of Health Services Use (2005) เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่

1. Availability ความพร้อมของทรัพยากรด้านบริการสุขภาพ เช่น จำนวนบุคลากร เครื่องมือทางการแพทย์ และบริการสนับสนุนต่าง ๆ
2. Accessibility ความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ระยะทางจากที่อยู่อาศัยไปยังสถานบริการ การคมนาคม และการเดินทาง
3. Accommodation ความเหมาะสมของการจัดบริการ เช่น ระบบการนัดหมาย เวลาทำการ ความยืดหยุ่นของบริการ
4. Affordability ความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วย เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาล รวมถึงความครอบคลุมของสิทธิประกันสุขภาพ
5. Acceptability ความสอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

นอกจากนี้ ยังอิงจากโมเดลพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen ซึ่งแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยพื้นฐาน (Predisposing Factors) เช่น อายุ เพศ การศึกษา
2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เช่น รายได้ ความสามารถในการเดินทาง สิทธิในการรักษา
3. ปัจจัยด้านความจำเป็น (Need Factors) เช่น การรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยและความต้องการในการรับบริการ

กรอบแนวคิดนี้ช่วยให้การวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมีความครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง ระบบบริการ และบริบทของชุมชน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development R&D) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ ตำบลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 40 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม เท่า ๆ กัน ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ญาติผู้ดูแล 3) บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคนอายุ ≥18 ปี อาศัยในพื้นที่ ≥6 เดือน มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และสมัครใจเข้าร่วม โดยดำเนินการวิจัยทั้งหมด 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (Need Assessment Phase) ซึ่งศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Model Development Phase) เป็นการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (Model Implementation Phase) ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่จริง ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้จริงในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านไร่ ที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (Evaluation and Finalization Phase) ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลจากการทดลองใช้ โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการเปรียบเทียบข้อมูลก่อน–หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ ตำบลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ญาติผู้ดูแล 3) บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนา โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ทั้งสิ้นจำนวน 40 คน ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลว่าต้องมีประสบการณ์ตรงในการรับหรือให้บริการด้านโรคหลอดเลือดสมอง และอาศัยอยู่ในพื้นที่เป้าหมายไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทุกคนให้ความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมในการให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนปัญหาและสภาพจริงในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ออกแบบตามกรอบแนวคิด 5A (Availability, Accessibility, Accommodation, Affordability, Acceptability) 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 3) แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) ซึ่งครอบคลุม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี การเงินการคลัง และภาวะผู้นำ เครื่องมือเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างรอบด้านและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้เข้าถึงบริการ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ 2) ตัวแทนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลปาดังเบซาร์) 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งสิ้น 20 คน ซึ่งผ่านการคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยยึดหลักความสมัครใจ มีประสบการณ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลหรือส่งต่อผู้ป่วย และมีความรู้เกี่ยวกับสภาพปัญหาในพื้นที่เป็นอย่างดี

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบร่างโครงสร้างของรูปแบบบริการ (Service Model Draft) แผนผังการเข้าถึงบริการ (Access Flow Diagram) และแบบฟอร์มการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ (Appropriateness Evaluation Form) โดยอ้างอิงแนวคิด 5A ของ Penchansky & Thomas (Availability, Accessibility, Accommodation, Affordability, Acceptability) ทั้งนี้ การดำเนินการอยู่ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยใช้เทคนิค World Café และการอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus Group) เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่ชัดเจน นำไปสู่การออกแบบรูปแบบการเข้าถึงบริการที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูจำนวน 10 ราย และญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งสิ้น 20 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ว่าผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะที่สามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ และยินยอมเข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบบริการใหม่

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ 2) แบบประเมินความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย 3) แบบประเมินความต่อเนื่องในการเข้าถึงบริการ 4) แบบฟอร์มติดตามการเยี่ยมบ้านผ่านระบบ Line Group หรือโทรศัพท์ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในบริบทจริงของชุมชน

ระยะที่ 4 ประเมินผลการดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ญาติผู้ดูแล 3) บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนา โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ทั้งสิ้นจำนวน 40 คน ซึ่งล้วนมีประสบการณ์ตรงจากการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบสอบถามวัดระดับความพึงพอใจ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 3) แบบประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในรูปแบบที่พัฒนา โดยครอบคลุมประเด็นด้านความต่อเนื่องของการดูแลความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ความเข้าใจของผู้ดูแล และภาระงานของบุคลากร รวมถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในระยะยาว

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ระดับจังหวัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสงขลา หมายเลขรับรอง 60/2568 (เริ่ม 26 มีนาคม 2568 หมดอายุ 25 มีนาคม 2569)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้แบ่งออกเป็นสองประเภท ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้สามารถอธิบายผลการวิจัยได้อย่างครอบคลุมและสะท้อนสภาพจริงของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลัก และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Sample t-tes**t** ในการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการณ์ภาคสนาม จะนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยดำเนินการถอดเสียงและเรียบเรียงข้อมูลอย่างเป็นระบบ อ่านข้อมูลซ้ำเพื่อทำความเข้าใจบริบทและความหมาย จากนั้นจึงจัดกลุ่มข้อมูลตามหมวดหมู่แนวคิด (coding)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะนี้มุ่งสำรวจสภาพจริงของการเข้าถึงบริการในชุมชน เขต รพ.สต.บ้านไร่ ตำบลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
- ชาย	18	45.0
- หญิง	22	55.0
อายุ (ปี)		
- ต่ำกว่า 50	5	12.5
- 50–59	10	25.0
- 60–69	15	37.5
- 70 ปีขึ้นไป	10	25.0
ค่าเฉลี่ย ± SD	63.4 ± 8.7	
สถานภาพสมรส		
- สมรส	28	70.0
- โสด	5	12.5
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	7	17.5
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)		
- น้อยกว่า 1 ปี	12	30.0
- 1–3 ปี	18	45.0
- มากกว่า 3 ปี	10	25.0
ค่าเฉลี่ย ± SD	2.1 ± 1.4	
โรคประจำตัว		
- ความดันโลหิตสูง	25	62.5
- เบาหวาน	12	30.0
- ไขมันในเลือดสูง	8	20.0
- อื่น ๆ	5	12.5

จากตารางแสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40) พบว่า เพศหญิงมีจำนวนมากกว่าชาย โดยคิดเป็นร้อยละ 55.0 ขณะที่เพศชายร้อยละ 45.0 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 63.4 ± 8.7 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี (ร้อยละ 37.5) และอายุต่ำกว่า 50 ปีมีเพียงร้อยละ 12.5 สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สมรสแล้ว (ร้อยละ 70.0) รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 17.5) และโสด (ร้อยละ 12.5) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 2.1 ± 1.4 ปี โดยส่วนใหญ่เจ็บป่วยระหว่าง 1–3 ปี (ร้อยละ 45.0) รองลงมา คือ เจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 30.0) สำหรับโรคประจำตัว พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 62.5) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 30.0) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 20.0) ขณะที่โรคอื่น ๆ พบเพียงร้อยละ 12.5 ผลดังกล่าวสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และสะท้อนถึงความจำเป็นของการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

2. ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล บุคลากรทางสาธารณสุข และ อสม. พบประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ ดังนี้

1. **Availability (ความเพียงพอของทรัพยากร)**

   พบว่ามีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะทางมีจำนวนน้อย และไม่มีระบบเวรยามรองรับตลอดเวลา รวมถึงการขาดแคลนอุปกรณ์จำเป็น เช่น รถพยาบาลที่เพียงพอ เครื่องมือช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และอุปกรณ์ช่วยชีวิตในกรณีฉุกเฉิน

2. **Accessibility (ความสะดวกในการเข้าถึง)**

   พื้นที่ตำบลปาดังเบซาร์มีลักษณะภูมิประเทศที่เป็นเขตชายแดน การเดินทางของผู้ป่วยและครอบครัวมีข้อจำกัด เช่น เส้นทางคมนาคมไม่สะดวก ขาดระบบขนส่งสาธารณะ และมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีระบบการประสานงานที่รวดเร็วระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์ส่งต่อ

3. **Accommodation (ความเหมาะสมของการจัดบริการ)**ระบบการนัดหมายและการให้บริการยังขาดความยืดหยุ่น โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวหรือผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ ซึ่งต้องอาศัยบริการที่บ้านหรือบริการเคลื่อนที่ ขณะที่ระบบสนับสนุนในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ ยังไม่ครอบคลุมและขาดต่อเนื่อง

4. **Affordability (ความสามารถในการรับภาระค่าใช้จ่าย)**

แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิ์ประกันสุขภาพตามนโยบายภาครัฐ แต่ยังมีภาระค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่ารถเดินทาง ค่าผ้าอ้อม ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ไม่ได้รับเบิกจากสิทธิ รวมทั้งการสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลที่ต้องลางานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจในครัวเรือน

5. **Acceptability (ความเหมาะสมด้านวัฒนธรรมและการยอมรับของชุมชน)**

พบว่ามีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองในบางกลุ่มประชากร เช่น เชื่อว่าเป็นผลจากกรรมหรือวิญญาณ ทำให้ไม่ได้รับการรักษาในช่วงเวลาที่สำคัญ นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคด้านภาษาและศาสนาในบางกลุ่มย่อยของชุมชน ซึ่งส่งผลต่อการเข้ารับบริการ เช่น ความไม่สะดวกในการให้เพศชายตรวจรักษาสตรีมุสลิม หรือความลังเลในการใช้บริการของโรงพยาบาลในพื้นที่อื่น

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

จากการศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในตำบลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา พบว่าผู้ป่วยยังประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการหลายด้าน ทั้งในเรื่องการเดินทางที่ยากลำบาก ระบบส่งต่อที่ไม่ต่อเนื่อง ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนข้อจำกัดด้านทรัพยากรในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์ร่วมกับแนวคิด 5A ของ Penchansky & Thomas (1981) ได้แก่ ความพร้อมของบริการ (Availability) ความสะดวกในการเข้าถึง (Accessibility) การจัดบริการที่เหมาะสม (Accommodation) ความสามารถในการจ่าย (Affordability) และความเหมาะสมทางวัฒนธรรม (Acceptability) เพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รูปแบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

องค์ประกอบ 5A	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น
1. Availability (ความพร้อมของบริการ)	- มีบุคลากรจำกัดใน รพ.สต. - เวชภัณฑ์พื้นฐานไม่เพียงพอ - ไม่มีระบบสนับสนุนผู้ป่วยระยะยาว	- มีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล - จัดทำชุดเวชภัณฑ์จำเป็น - พัฒนาช่องทางสนับสนุนผ่านระบบออนไลน์และการเยี่ยมบ้าน
2. Accessibility (ความสะดวกในการเข้าถึง)	- ผู้ป่วยต้องเดินทางไกลไปโรงพยาบาลหลัก - ไม่มีระบบนัดหมายล่วงหน้า - การเดินทางไม่สะดวก	- ใช้ระบบแจ้งเตือนอาการผ่าน Line กลุ่ม - อสม. และทีมงานประเมินที่บ้าน - จัดระบบส่งต่อในชุมชนโดยเร็ว
3. Accommodation (การจัดบริการที่เหมาะสม)	- เวลาให้บริการไม่ตรงกับวิถีชุมชน - ไม่มีระบบติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย	- ปรับเวลาให้บริการให้ยืดหยุ่น - จัดระบบติดตามเชิงรุก (เยี่ยมบ้าน/โทรติดตาม) - ใช้คู่มือสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

องค์ประกอบ 5A	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น
4. Affordability (ค่าใช้จ่ายที่เข้าถึงได้)	- ผู้ป่วยบางรายขาดหลักประกันสุขภาพ - ค่าเดินทางเป็นภาระ	- บูรณาการสิทธิประกันสุขภาพทุกประเภท - ลดค่าใช้จ่ายผ่านบริการใกล้บ้าน - ประสานงานองค์กรชุมชนช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้
5. Acceptability (ความเหมาะสมด้านวัฒนธรรม)	- เจ้าหน้าที่บางรายไม่เข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น - การสื่อสารกับผู้ป่วยต่างศาสนาไม่ชัดเจน	- จัดอบรมการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมแก่บุคลากร - มีผู้นำศาสนาและ อสม. เป็นตัวกลางทางวัฒนธรรม - ปรับบริการให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมในพื้นที่ชายแดน

ส่วนที่ 3 ประเมินผลการนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้

จากการนำรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ ตำบลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา พบว่า การดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมระบบบริการสุขภาพในหลายด้าน สรุปได้ดังนี้

1. ผลการประเมินความพึงพอใจ

หลังจากนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 40 คน ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ญาติผู้ดูแล 3) บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่มีโครงสร้างตามองค์ประกอบ 5A รายละเอียด ดังตารางที่ 3-4

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจจำแนกตามมิติ 5A (รวมทุกกลุ่ม n=40)

มิติ (5A)	ก่อนใช้		หลังใช้		df	t	p-value*	95% CI
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD				lower – upper
Availability	3.05	0.56	4.34	0.44	39	15.21	<.001	1.10 – 1.48
Accessibility	3.02	0.50	4.45	0.40	39	16.78	<.001	1.23 – 1.63
Accommodation	3.12	0.55	4.41	0.41	39	14.92	<.001	1.10 – 1.48
Affordability	3.08	0.53	4.32	0.46	39	13.85	<.001	1.03 – 1.45
Acceptability	3.17	0.58	4.43	0.39	39	14.36	<.001	1.10 – 1.52
ดัชนีรวม (5A Total)	3.09	0.49	4.39	0.40	39	15.87	<.001	1.12 – 1.48

* Significant at p<0.05, Paired Samples t-test

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง (n=40) ในทุกมิติของ 5A มีค่าเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) เมื่อวิเคราะห์ด้วย **Paired Sample t-test** โดยมิติที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ **Accessibility** (+1.43) สะท้อนถึงการนัดหมาย การติดตาม และการสื่อสารที่สะดวกมากขึ้น รองลงมาคือ **Availability** และ **Accommodation** (+1.29) ซึ่งบ่งบอกถึงความพร้อมของทรัพยากรและการจัดบริการที่เหมาะสมมากขึ้น ส่วน **Acceptability** (+1.26) แสดงถึงการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัวต่อบริการ ขณะที่ **Affordability** (+1.24) แม้มีการเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง สรุปได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการยกระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุม

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความพึงพอใจ (คะแนนรวม 5A) จำแนก 4 กลุ่ม (n=10 ต่อกลุ่ม)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนใช้ ค่าเฉลี่ย	ก่อนใช้ SD	หลังใช้ ค่าเฉลี่ย	หลังใช้ SD	Δ (หลัง–ก่อน)	DF	T	P-VALUE*	95% CI (LOWER–UPPER)
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3.10	0.45	4.42	0.38	+1.32	9	15.20	<.001	1.05 – 1.58
ญาติ/ผู้ดูแล	3.00	0.50	4.35	0.40	+1.35	9	16.00	<.001	1.08 – 1.61
บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.	3.20	0.48	4.50	0.35	+1.30	9	14.80	<.001	1.02 – 1.57
อสม.	3.05	0.52	4.28	0.42	+1.23	9	13.50	<.001	0.96 – 1.50
รวมทุกกลุ่ม	3.09	0.49	4.39	0.40	+1.30	39	15.87	<.001	1.12 – 1.48

* Significant at p<0.05, Paired Samples t-test

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจด้วย **Paired Sample t-test** พบว่า ทุกกลุ่มมีค่าเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยกลุ่ม **ญาติ/ผู้ดูแล** มีการเพิ่มขึ้นมากที่สุด (+1.35) แสดงถึงประโยชน์ของการได้รับคู่มือและแนวทางดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ขณะที่ **บุคลากร รพ.สต.** มีคะแนนหลังใช้สูงสุด (4.50) สะท้อนว่าระบบการนัดหมาย การส่งต่อ และการสื่อสารช่วยให้การทำงานคล่องตัวขึ้น ส่วน **อสม.** แม้มีการเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด (+1.23) แต่คะแนนยังอยู่ในระดับสูง (4.28) บ่งบอกถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาโดยรวม

ผลการดำเนินงานในการเข้าถึงบริการ

จากการดำเนินการนำรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในพื้นที่ทดลอง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกในทุกมิติของการเข้าถึงตามกรอบแนวคิด 5A รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการดำเนินงานในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

องค์ประกอบ 5A	ผลการดำเนินงานที่พบในพื้นที่ทดลองใช้รูปแบบใหม่
AVAILABILITY **(ความพร้อมของบริการ)**	มีการจัดสรรบุคลากรเฉพาะด้านและกำหนดเวลาบริการที่แน่นอน ชัดเจน ทำให้ประชาชนมั่นใจในความพร้อมของระบบบริการ รวมทั้งมีการจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นอย่างครบถ้วนและเพียงพอ รองรับการให้บริการได้ต่อเนื่องและไม่สะดุด
ACCESSIBILITY **(การเข้าถึงบริการ)**	ขยายช่องทางการเข้าถึงบริการให้สะดวกขึ้น เช่น การเยี่ยมบ้านเชิงรุก การเพิ่มช่องทางติดต่อสื่อสารหลายรูปแบบ (โทรศัพท์, ออนไลน์, อสม.) และจัดระบบการเดินทางให้สะดวก ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็วมากขึ้น
ACCOMMODATION **(การปรับบริการให้เหมาะสม)**	ปรับระบบบริการให้ยืดหยุ่นต่อความต้องการของผู้ป่วย เช่น การจัดบริการแบบสหสาขาวิชาชีพ การติดตามอาการต่อเนื่องที่บ้าน และการออกแบบการดูแลเฉพาะราย (individualized care) ช่วยให้บริการมีประสิทธิภาพและตอบโจทย์ผู้ป่วยได้จริง
AFFORDABILITY **(ความสามารถในการจ่าย)**	ผู้ป่วยได้รับบริการโดยไม่เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย เนื่องจากครอบคลุมภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีการจัดการทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ลดค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่าเดินทางหรือค่าใช้จ่ายทางอ้อม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ถูกกีดกันด้วยปัญหาทางเศรษฐกิจ
ACCEPTABILITY **(ความยอมรับของผู้ใช้บริการ)**	บริการมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนาของประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจและยอมรับบริการมากขึ้น พร้อมทั้งสร้างความไว้วางใจต่อระบบบริการในระยะยาว

จากตารางพบว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนององค์ประกอบ 5A ได้อย่างครบถ้วน ทั้งด้านความเพียงพอของทรัพยากร ความสะดวกในการเข้าถึง การจัดบริการที่เหมาะสม ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ และความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 6 ผลการเปลี่ยนแปลงเชิงบริการหลังทดลองใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล บุคลากร รพ.สต. และ อสม

กลุ่ม	การเปลี่ยนแปลงบริการที่เกิดขึ้น
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	• ติดต่อหน่วยบริการได้เร็วขึ้นผ่านไลน์กลุ่ม/เบอร์เร่งด่วน • ได้รับนัดหมายล่วงหน้า+แจ้งเตือนอัตโนมัติ • มีการคัดกรองอาการซ้ำ/ฉุกเฉินด้วย FAST ที่บ้านก่อนส่งต่อ • รับยาต่อเนื่อง/กายภาพบำบัดใกล้บ้านมากขึ้น • เวลาเดินทาง–รอคอยลดลง และการไม่มาตามนัดลดลง
ญาติ/ผู้ดูแล	• ได้คู่มือดูแลที่บ้าน/เช็กลิสต์สังเกตอาการ • เข้าถึงคลิปสั้น/คำปรึกษาออนไลน์กับ รพ.สต. • รู้วิธีประเมินอาการเตือนและขั้นตอนขอความช่วยเหลือ • ภาระค่าใช้จ่ายเดินทางลดลงจากบริการใกล้บ้าน/เยี่ยมบ้าน • ความมั่นใจในการดูแลและการสื่อสารกับทีมสุขภาพสูงขึ้น
บุคลากร รพ.สต.	• มีแผนผังการส่งต่อชัดเจน (stroke referral flow) และแบบฟอร์มมาตรฐานเดียวกัน • ใช้ทะเบียน/แดชบอร์ดติดตามนัด–ยาต่อเนื่อง ลดงานซ้ำซ้อน • ตั้ง “ช่องทางปรึกษาระหว่างวิชาชีพ” กับ รพ.แม่ข่ายแบบเรียลไทม์ • เพิ่มการเยี่ยมบ้านเชิงรุกตามความเสี่ยง • เวลาจัดการผู้ป่วยเฉียบพลัน–ฟื้นฟูมีประสิทธิภาพขึ้น
อสม.	• ใช้แบบคัดกรองสั้นและแนวปฏิบัติ FAST ในชุมชน • แจ้งเหตุผ่านไลน์กลุ่ม/ศูนย์ประสาน ทำให้การนำส่งเร็วขึ้น • มีบทบาทติดตามการกินยา–กายภาพ–ภาวะเสี่ยงที่บ้าน • รายงานผลติดตามรายเดือนเข้าสู่ระบบเดียวกับ รพ.สต. • ทักษะการสื่อสารสุขภาพและการให้คำแนะนำพื้นฐานดีขึ้น

รูปแบบที่พัฒนาทำให้ “เส้นทางบริการ” ชัดเจนขึ้นตั้งแต่บ้าน–รพ.สต.–รพ.แม่ข่าย เกิดการสื่อสารสองทางแบบดิจิทัล, นัดหมายและติดตามที่เป็นระบบ, เยี่ยมบ้านเชิงรุก และการใช้ FAST ในชุมชน ส่งผลให้เวลาเข้าถึงบริการสั้นลง ความต่อเนื่องการรักษาดีขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายลดลง และความมั่นใจของทั้งผู้ดูแล – อสม. – บุคลากรเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนความพึงพอใจที่สูงขึ้นในทุกมิติของ 5A

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการวิเคราะห์ปัญหาจากบริบทจริงในพื้นที่ โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้แนวคิด 5A ของ Penchansky และ Thomas (1981) ในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับปฐมภูมิโดยมีชุมชนเป็นฐาน (community-based health system development)[8] 1) ด้าน Availability ผลการศึกษาพบว่าการขาดทรัพยากรบุคคลและเครื่องมือเฉพาะทางเป็นอุปสรรคสำคัญที่ระบุว่า รพ.สต. ในเขตชนบทยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและความพร้อมของอุปกรณ์การแพทย์ ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย 2) ด้าน Accessibility ข้อจำกัดด้านภูมิประเทศ การเดินทางและค่าใช้จ่ายแฝงเป็นปัจจัยที่ลดโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในพื้นที่ชายแดน ซึ่งสะท้อนผลการศึกษาพบว่าในพื้นที่ชายแดนตอนใต้ของประเทศไทย ผู้ป่วยมักประสบปัญหาการเดินทางที่ยากลำบาก และไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทันท่วงที[10] 3) ด้าน Accommodation การจัดระบบนัดหมาย การเยี่ยมบ้าน และการประสานบริการที่ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ครบถ้วน การพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ช่วยให้เกิดการจัดบริการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชัน Line และระบบการสื่อสารระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่าย[11] 4) ด้าน Affordability การประเมินผลพบว่าผู้ป่วยยังต้องแบกรับค่าใช้จ่ายแฝง แม้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิตรา (2565) ที่ชี้ว่า ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและอุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่ได้รับการเบิกจ่ายยังเป็นภาระต่อครอบครัวผู้ป่วย[12] 5) ด้าน Acceptability ผลการดำเนินงานสะท้อนว่า การออกแบบบริการที่เคารพต่อความเชื่อ วัฒนธรรม และภาษาถิ่น เป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยให้ชุมชนยอมรับและใช้บริการมากขึ้น การบูรณาการอาสาสมัคร อสม. และผู้นำศาสนาในกระบวนการพัฒนาและสื่อสารกับผู้ป่วย ช่วยลดอุปสรรคทางวัฒนธรรมในการเข้าถึงบริการได้อย่างชัดเจน[13]

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจในระดับสูง ทั้งในด้านความสะดวกในการติดต่อ การให้ข้อมูล การดูแลต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการในการออกแบบระบบบริการสุขภาพช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบบริการในระยะยาว

สรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการนำไปขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง และส่งเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษา

1) Availability – **ความพร้อมของทรัพยากร**
   - 1.1) จัดทำ **บัญชีทรัพยากร (Resource roster)** ของ รพ.สต.–รพ.ชุมชน–รพ.แม่ข่าย (เครื่องมือ FAST, รถส่งต่อ, โทรศัพท์ฉุกเฉิน, อุปกรณ์กายภาพ, บุคลากรเวร) และทวนสอบทุกเดือน
   - 1.2) กำหนด **SOP การทดแทน (back-up)** เมื่อตำแหน่งสำคัญว่าง (เช่น case manager ลา/เปลี่ยนเวร) เพื่อลดการสะดุดของบริการ
   - 1.3) เก็บข้อมูล **อัตราความพร้อม (%)** ของชุดอุปกรณ์และเวรปรึกษาแพทย์ (เป้าหมาย ≥95%) เพื่อนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การเข้าถึง
2) Accessibility – **ความสะดวกในการเข้าถึง**
   - 2.1) ใช้ **ช่องทางสื่อสารเดียวของตำบล** (Line OA/Hotline) และบันทึกเวลาทุกเหตุการณ์ (*onset–first contact–arrival*) เพื่อวิเคราะห์เวลาแต่ละช่วง
   - 2.2) จัดทำ **แผนที่เส้นทางส่งต่อ (Referral map)** และซ้อมแผนเครือข่าย 1669 – รพ.สต.–รพ.ชุมชน–รพ.แม่ข่าย อย่างน้อยไตรมาสละครั้ง
   - 2.3) ตัวชี้วัดที่ต้องเก็บ: median *onset-to-first-contact*, median *door-to-referral*, สัดส่วนถึงหน่วยบริการภายใน 60/90 นาที
3) Accommodation – **ความเหมาะสมของการจัดบริการ**
   - **3.1)** ใช้ **E-Referral + E-Appointment** (ฟอร์มเดียวทั้งเครือข่าย) พร้อมแจ้งเตือนนัด และมอบหมาย **case manager** ที่ รพ.สต. ดูแล 1–3 เดือนแรก
   - **3.2)** พัฒนาชุดบริการ **Home-based rehab** (ท่าบริหาร 10–15 นาที/วัน คลิปวิดีโอ เช็กลิสต์ติดตาม) และกำหนดรอบเยี่ยมบ้าน 72 ชม./7 วัน/14 วัน
   - **3.3)** เก็บอัตรา **เอกสารส่งต่อครบถ้วน**, **การมาตามนัด**, และ **การเยี่ยมบ้านตามรอบ** เพื่อเทียบก่อน–หลัง
4) Affordability – **ค่าใช้จ่ายที่เข้าถึงได้**
   - **4.1)** ติดตาม **ค่าใช้จ่ายนอกกระเป๋า** ของครัวเรือน (เดินทาง/เสียเวลางาน) และเชื่อม **กองทุนตำบล/อปท.** สนับสนุนรับส่งนัดสำคัญ
   - **4.2)** ขยาย **จุดรับยาที่ รพ.สต.** สำหรับยาเรื้อรัง/เวชภัณฑ์พื้นฐาน ลดการเดินทางไปโรงพยาบาล
   - **4.3)** เก็บสัดส่วนผู้รับยาใกล้บ้าน และค่าใช้จ่ายเฉลี่ย/ครั้ง เพื่อประเมินผลเชิงเศรษฐศาสตร์อย่างง่าย
5) Acceptability – **ความสอดคล้องด้านวัฒนธรรม**
   - **5.1)** ทำ **สคริปต์สองภาษา (ไทย–มลายู)** สำหรับการสื่อสารสัญญาณเตือน FAST การนัดหมาย และคำแนะนำผู้ดูแล

5.2) บรรจุ **แนวปฏิบัติด้านวัฒนธรรมมุสลิม** (อาหารฮาลาล การดูแลช่วงรอมฎอน เพศของผู้ให้บริการตามความเหมาะสม) ในคู่มือบริการ

5.3) เก็บคะแนน **ความพึงพอใจ/ความไว้วางใจ** รายมิตินี้ และจำนวนข้อร้องเรียนด้านวัฒนธรรม (เป้าหมายเป็นศูนย์)

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดการต่อยอดและพัฒนาอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่และเชิงนโยบาย จึงมีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1. **ขยายการศึกษาในพื้นที่บริบทอื่น** เช่น พื้นที่ภูเขา พื้นที่ห่างไกล หรือชุมชนเมือง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และปรับปรุงรูปแบบให้สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของแต่ละชุมชน
2. **ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้รูปแบบ** ทั้งด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การลดภาวะแทรกซ้อน การลดภาระของครอบครัว รวมถึงการลดต้นทุนระบบสุขภาพในภาพรวม
3. **ศึกษาการบูรณาการรูปแบบกับระบบบริการสุขภาพในระดับเขต/จังหวัด** เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผลระดับนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
4. **ศึกษาบทบาทของเทคโนโลยีและนวัตกรรมดิจิทัล** เช่น การใช้แอปพลิเคชัน ระบบติดตามผู้ป่วย หรือระบบแจ้งเตือนการส่งต่อ เพื่อสนับสนุนกระบวนการเข้าถึงบริการอย่างทันท่วงที
5. **ศึกษาการเสริมพลังและการสร้างศักยภาพของบุคลากรปฐมภูมิ** เพื่อรองรับการดำเนินการรูปแบบในระยะยาว เช่น ด้านการคัดกรอง การสื่อสารกับผู้ป่วย การส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่อง
6. **พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน** ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองของชุมชนและความยั่งยืนของการให้บริการในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Jul 30]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
2. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Neurol. 2021;20(10):795–820.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพของประชากรไทย ปี 2566. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2566.

4. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย; 2565.
5. สุภาวดี บุญมี, สุรชัย ศรีสุวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตชนบทของภาคใต้. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(4):1–14.
6. ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลปาดังเบซาร์. รายงานสถานการณ์สุขภาพประจำปี 2566. สงขลา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่; 2566.
7. พรรณี ชัยวัฒน์, วิจิตร โสภา. ศักยภาพและข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ชายแดนภาคใต้. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(1):45–53.
8. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127–40.
9. พงศ์พิพัฒน์ คำลือ. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563;14(1):55–68.
10. วรวิทย์ อินทราชัย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในพื้นที่ชายแดนภาคใต้. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(3):112–24.
11. มลฤดี สุวรรณฤทธิ์. การพัฒนาระบบการสื่อสารระหว่างรพ.สต.และโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2565;20(2):30–42.
12. จิตรา ลักษณาวงศ์. ค่าใช้จ่ายแฝงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. วารสารเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข. 2565;18(1):22–34.
13. ธีรยุทธ มณีมัย. บทบาทผู้นำศาสนาในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยในพื้นที่พหุวัฒนธรรม. วารสารสุขภาพชุมชน. 2566;29(4):45–57.